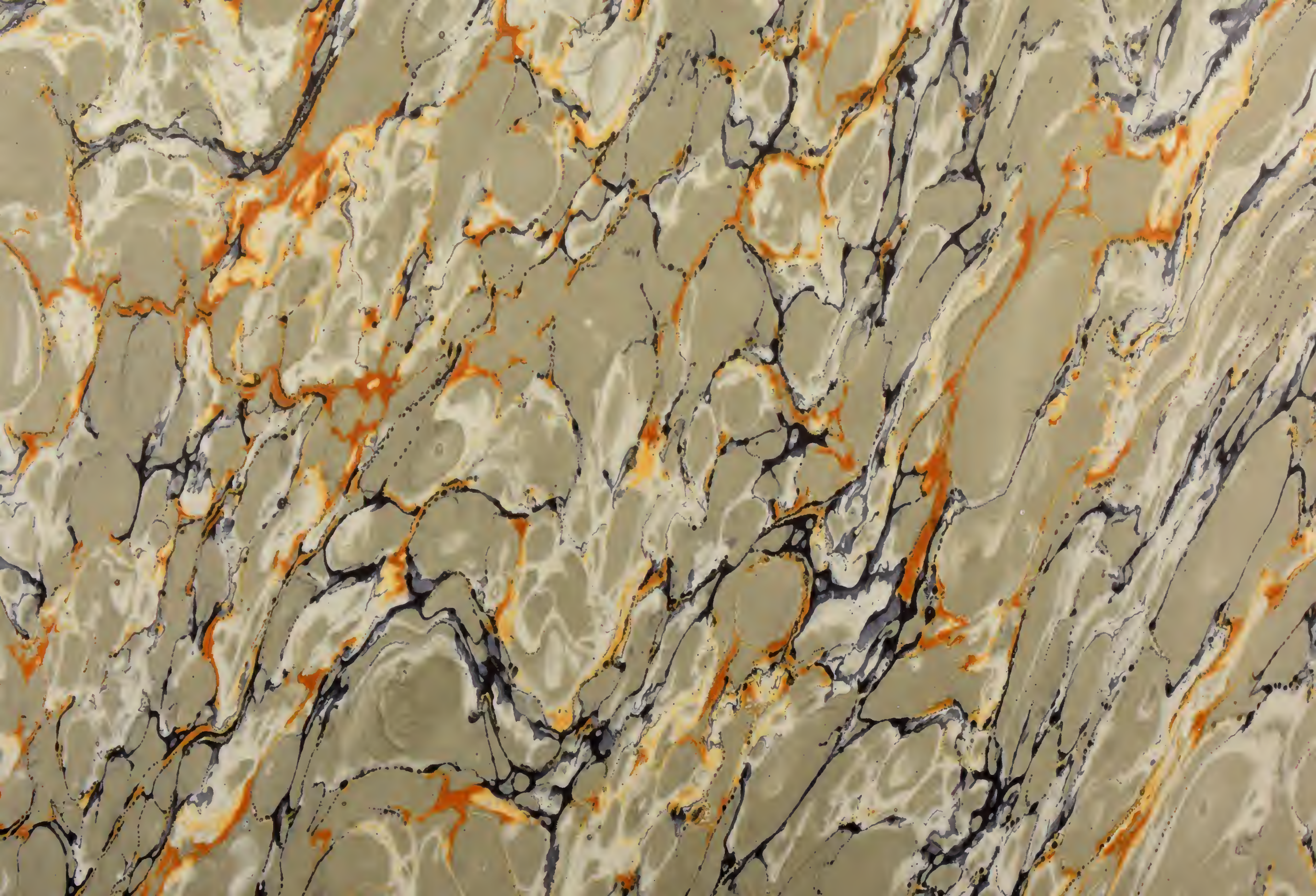


Digitized by the Internet Archive
in 2016

https://archive.org/details/b28745103

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 25 *juin* 1838,

Par HENRI COURTOIS, de Joigny

(Yonne),

Ancien Élève des hôpitaux, Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris.

Judicium difficile.

I. — De l'anatomie pathologique du rhumatisme articulaire aigu. Rapports entre l'anatomie pathologique et la symptomatologie.

II. — Déterminer si le cancer des os diffère du cancer des parties molles.

III. — Influence de l'arrangement des dents sur les arcs alvéolaires.

IV. — Comment reconnaître que le phosphate de soude contient du sulfate de soude.

(Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.)

PARIS.

IMPRIMERIE ET FONDERIE DE RIGNOUX ET Ce,

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,

Rue des Francs-Bourgeois-Saint-Michel, 8.

1838.

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, DOYEN.	MM.
Anatomie	BRESCHET.
Physiologie	BÉRARD (aîné).
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN, Examinateur.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacie et Chimie organique	DUMAS.
Hygiène	ROYER-COLLARD.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. GERDY.
Pathologie médicale	DUMÉRIL, Président. ANDRAL.
Anatomie pathologique	CRUVEILHIER.
Pathologie et thérapeutique générales	BROUSSAIS.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	.....
Médecine légale	ADELON.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	FOUQUIER. BOUILLAUD. CHOMEL. ROSTAN.
Clinique chirurgicale	JULES CLOQUET. SANSON (aîné). ROUX. VELPEAU.
Clinique d'accouchements	DUBOIS (PAUL).

Agrégés en exercice.

MM. BÉRARD (AUGUSTE).
BOUCHARDAT.
BOYER (PHILIPPE).
BROUSSAIS (CASIMIR).
BUSSY.
DALMAS.
DANYAU.
DUBOIS (FRÉDÉRIC), Examinateur.
GUÉRARD.
GUILLOT.
MM. JOBERT.
LAUGIER, Examinateur.
LESUEUR.
MÉNIÈRE.
MICHON.
MONOD.
REQUIN.
ROBERT.
VIDAL.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE

DE MON PÈRE.

A MA MÈRE.

A MES FRÈRES.

H. COURTOIS.

AVANT-PROPOS.

Forcé par des circonstances impérieuses de subir à la hâte cette dernière épreuve, je prie MM. mes juges de vouloir bien m'accorder toute leur indulgence pour le travail que j'ai à leur présenter et dont je sens tout le premier et l'imperfection et l'insuffisance.

Je suis bien aise aussi de prévenir de suite les personnes qui pourraient me prendre pour un renégat des enseignements de M. Chomel, mon honorable maître, que si j'ai été contraint par le sort de traiter une question sur laquelle mes idées diffèrent un peu des siennes, cet excellent professeur n'en sera pas moins toujours pour moi l'objet de la plus profonde estime, et le modèle que j'aurai sans cesse devant les yeux dans le cours de ma pratique.

QUESTIONS

SUR

DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

I.

De l'anatomie pathologique du rhumatisme articulaire aigu. Rapports entre l'anatomie pathologique et la symptomatologie.

(Sciences médicales.)

De l'aveu de tous les nosologistes, cette partie de la science ne se trouve encore qu'à son berceau. Eh! l'on n'a pas lieu de s'en étonner, si l'on considère combien il est rare de voir succomber les malades atteints de rhumatisme articulaire. En effet Storck, dans toute sa longue carrière médicale, n'a rencontré que trois sujets qui soient morts dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu, encore était-ce par suite de métastase sur les organes essentiels de l'économie. Stoll, son successeur et le témoin de plusieurs épidémies de la même affection, ne nous parle que d'un seul malade qui succomba presque subitement par suite d'une méningite, qu'il constata sur le cadavre.

Voici d'ailleurs comment s'exprime à ce sujet M. le professeur Bouillaud : « L'anatomie pathologique du rhumatisme articulaire aigu n'est pas la partie la plus avancée de son histoire; la raison en est que cette maladie se termine assez rarement par la mort. »

M. Chomel disait, en 1813, en parlant du rhumatisme articulaire :

« En réfléchissant à la rareté des cas où l'on peut s'assurer que le rhumatisme a son siége dans le tissu fibreux,... il me semble, etc. » (Thèse, p. 12.)

Les faits ne sont pas devenus beaucoup plus nombreux, comme on le voit depuis cette époque, et il ne faut peut-être pas s'étonner d'entendre M. Requin, après avoir examiné sérieusement la question, s'expliquer à ce sujet en termes si sévères : « Ce paragraphe (dit cet auteur dans son ouvrage sur le rhumatisme, en parlant de l'anatomie pathologique du rhumatisme articulaire) n'est vraiment ici que pour mémoire; car, à parler rigoureusement, c'est un titre et rien de plus. Il y a là une lacune réelle, une case vide dans l'histoire du rhumatisme articulaire aigu. Nous ne saurions, comme on l'a vu, consentir à dissimuler le dénûment de la science à cet égard, et accepter aux dépens de la saine critique des cas d'arthrite traumatique ou d'infection purulente comme lésions rhumatismales. »

Eh ! c'est à moi, pauvre élève d'un jour, que l'on demande d'établir cette anatomie pathologique ! La question, il faut l'avouer, a quelque chose d'embarrassant. D'abord il est bien constant que je ne puis y répondre qu'en présentant des faits, et que ces faits ne pourront m'être fournis que par les auteurs, puisque, par bonheur pour la pauvre humanité, il est si rare d'avoir à les recueillir soi-même. C'est aussi dans les livres que je suis allé les chercher, et j'en trouvai quelques-uns ; car, quelle est la question médicale qui ne se trouve point appuyée maintenant de quelques observations ? Mais ces quelques faits, épars çà et là dans les annales de l'art, il me fallut ensuite les interpréter, et les apprécier à leur juste valeur ; or c'est là, je l'avoue, que je trouvai quelque difficulté, c'est là que je sentis combien il n'était pas en effet toujours facile de porter un bon jugement. Ce n'est pas la première fois, au reste, que je m'aperçus des ténèbres qui souvent environnent la vérité au milieu des écrits ; dans les recherches qu'il me fallut faire pour un travail que la Faculté a bien voulu couronner l'an dernier, je vis déjà que l'on trouvait tout ce que l'on voulait dans les livres, que toutes les opinions y étaient émises et que toutes comp-

taient plus ou moins de succès à leur appui. Il est donc bien vrai que l'expérience peut tromper : *experientia fallax.*

Considérant donc, d'un côté, la disette des matériaux, et de l'autre les interprétations diverses, souvent même contradictoires des quelques observations présentées à l'appui de l'anatomie pathologique du rhumatisme articulaire aigu, et n'ayant d'ailleurs qu'un seul cas particulier pour me guider au milieu de ce dédale intellectuel, ce n'est pas sans quelque répugnance, je l'avoue, que je me mis à l'ouvrage.

Quoi qu'il en soit, je vais exposer le plus brièvement possible les observations qui m'ont paru les plus probantes en pareille matière. Les unes, et c'est par celles-là que je commencerai, tendent à établir que le rhumatisme articulaire aigu, de même que les autres phlegmasies séreuses, peut présenter, comme lésion anatomique, tous les degrés de l'inflammation, depuis la simple rougeur jusqu'à la véritable suppuration.

Les autres, beaucoup moins nombreuses il est vrai, me paraissent prouver cependant que la même affection peut sévir de la manière la plus intense sur plusieurs articulations en même temps, sans qu'à l'autopsie on trouve la moindre trace d'inflammation.

1re OBSERVATION.

« Constantin Duflat, âgé de trente-deux ans, brasseur, entra à l'Hôtel-Dieu le 9 mai 1835 pour y être traité d'un rhumatisme articulaire aigu, qui débuta par les articulations des pieds et envahit ensuite toutes les autres; les douleurs persistèrent jusqu'à la mort, qui survint le treizième jour de la maladie. »

Nécropsie trente-trois heures après la mort.— « Le poignet gauche n'offre rien de particulier, les articulations du genou et du coude du côté gauche offrent de la synovie un peu trouble et un peu d'injection du pourtour des synoviales. Entre les extrémités inférieures du pé-

roné et du tibia, on observe une frange synoviale injectée et gonflée qui forme un bourrelet que l'on aperçoit en ouvrant l'articulation; en arrière il y a autour du calcanéum une injection marquée. Les articulations du côté droit offrent les mêmes caractères; seulement il y a beaucoup plus de synovie dans l'articulation du genou. Tout le cadavre était dans un état de putréfaction et exhalait une odeur infecte. » (Thèse de M. William Vergne, 1836.)

IIe OBSERVATION.

« Joseph Pineau, âgé de trente ans, coiffeur, est entré à l'Hôtel-Dieu le 9 juin 1835. Depuis quelques jours ce jeune homme était pris de douleurs rhumatismales dans les épaules et les mains; elles se propagèrent bientôt aux articulations des membres inférieurs, et persistèrent jusqu'à la mort, survenue le sixième jour. La veille de sa mort, le malade avait ressenti une douleur vive à la région du cœur, dont les battements étaient très-intenses. »

Nécropsie trente-trois heures après la mort.—« L'articulation du poignet offre un peu d'injection. Autour de l'articulation du coude droit et dans l'intérieur de la synoviale, on remarque une injection pointillée très-marquée; le pourtour articulaire des os est rougeâtre, la substance même de l'os est injectée; cette articulation renferme beaucoup de synovie, l'articulation du coude gauche offre beaucoup moins d'injection. » Le cœur est très-volumineux et flasque; ses cavités sont grandes et injectées; la membrane interne du cœur s'enlève facilement. » (Même source.)

IIIe OBSERVATION.

« Une femme de quatre-vingts ans, d'une faible constitution, entre deux fois à l'Hôtel-Dieu dans l'espace de six semaines, pour des douleurs de rhumatismales erratiques, qui finissent par se fixer à la partie infé-

rieure des lombes et sur les deux genoux, dans lesquels il se fait bientôt de vastes suffusions synoviales. Ces douleurs ne se dissipèrent qu'avec beaucoup de peine, et la malade entrait en convalescence, lorsqu'elle fait une chute sur la tête qui est suivie de douleurs vives dans l'épaule droite, d'escarres gangréneuses, et de mort. »

Nécropsie. — « La membrane synoviale du genou droit, distendue de bas en haut, présentait une poche allongée jusqu'à trois pouces au moins au-dessus de la rotule; elle était presque détruite sur les côtés de la poulie articulaire du fémur; cet os présentait dans cet endroit une surface rouge et très-inégale. Au-dessus de cette même poulie, la membrane synoviale avait une épaisseur de deux à trois lignes. Les cartilages articulaires de la rotule et de la poulie étaient en partie détruits; la synovie peu abondante, d'une couleur jaunâtre, avait plus de consistance que dans l'état de santé; mêmes altérations, mais portées à un moindre degré, dans l'articulation gauche. Les ligaments des articulations étaient intacts. » (Thèse de M. Moffait, 1810.)

IVe OBSERVATION.

« F. L., âgée de quarante-quatre ans, blanchisseuse, femme d'un ouvrier en cuivre, fut atteinte, le 6 prairial an X, pour la première fois, d'un rhumatisme articulaire aigu; la douleur et l'enflure commencèrent par les mains, les genoux, et se propagèrent le long des membres en gagnant vers le tronc; l'affection s'est principalement montrée du côté droit, et a toujours pris de l'intensité. La malade entra à l'Hôtel-Dieu le 20 prairial.... jusqu'au 23 messidor; l'affection était devenue plus intense, tantôt à l'un des membres thoraciques, tantôt à l'autre. Le 25, douleurs plus vives du côté droit, dévoiement pendant plusieurs jours. Le 29, un peu de délire le matin; le soir à 7 heures et demie, mort. »

Nécropsie. — « Dénudation et carie des surfaces articulaires, qui se

remarquent aux extrémités inférieures du radius et du cubitus; teinte rouge de ces surfaces, principalement au membre thoracique droit. L'articulation du genou droit, très-volumineux, était phlogosée; la surface postérieure de la rotule était dénudée, cariée; on remarquait sur la partie antérieure du condyle du fémur un petit trou à parois rugueuses, qui annonçait un commencement de carie. Le genou gauche aussi très-infiltré, cependant moins que le droit, n'était pas rouge à l'intérieur; la surface postérieure de la rotule point dénudée, mais au contraire recouverte d'une couche mollasse, semblable à du tissu cellulaire bien infiltré; un petit trou à bords frangés, ressemblant parfaitement à celui observé au genou droit, se remarquait aussi sur le condyle interne du fémur gauche; la substance osseuse était entièrement à nu dans ces trous cariés. Nulle altération des viscères thoraciques et abdominaux. » (Même source, p. 12.)

Ve OBSERVATION.

« Un jeune homme de quinze à seize ans, mort après avoir offert des douleurs rhumatismales dans plusieurs articulations pendant environ un mois, a présenté, à l'ouverture du corps, presque toutes les synoviales phlogosées, avec des épanchements purulents dans les articulations du genou, des malléoles, des coudes et des épaules, le tout sans carie proprement dite. » (Même source, p. 7.)

VIe OBSERVATION.

« Un jeune homme, jouissant d'une bonne santé, entre à l'Hôtel-Dieu pour se faire traiter d'une fistule au périnée, qui parut être urinaire. Une sonde est introduite dans la vessie, et y reste pendant trois jours; alors des douleurs se développèrent dans diverses articulations: on retire la sonde, la fièvre se manifeste, les premières douleurs persistent, et d'autres se font sentir dans la poitrine et l'abdomen. Ces accidents sont suivis de dévoiement, d'amaigrissement prompt et

d'infiltration des membres; enfin pendant les deux derniers jours : face hippocratique, gêne extrême dans l'exercice de la parole et de la respiration; mort le douzième jour après le développement des douleurs articulaires. »

Nécropsie. — « Dans la cavité de la membrane synoviale du genou, on trouva un ou deux verres de liquide en partie purulent et en partie séreux; la dernière portion qui s'est écoulée était du pus; une couche membraniforme couvrait la face interne de la synoviale, et s'étendait jusqu'à deux pouces au-dessus de la rotule : la synoviale était rouge et veloutée. Plusieurs autres articulations ayant été ouvertes, ont offert la cavité formée par la synoviale contenant aussi du pus, mais en moins grande quantité. Un épanchement de sérosité purulente existait dans le thorax et dans l'abdomen. » (Même source, p. 6.)

VIIe OBSERVATION.

« Un homme admis à l'Hôtel-Dieu pour un hydrothorax, y mourut trois jours après; il avait présenté quelques symptômes de rhumatisme à la cuisse; l'observation n'en avait pas été recueillie. A l'ouverture du corps, on trouva des foyers purulents entre plusieurs muscles, depuis l'aine jusqu'au genou; l'intérieur de l'articulation contenait aussi beaucoup de pus moins épais; il y avait communication entre la cavité articulaire et les abcès de la cuisse. N'est-il pas naturel de penser que leur formation a été successive, et que le premier abcès a été formé, plutôt dans la capsule synoviale où de semblables désordres ont été observés, que dans le tissu même des muscles qui jamais ne les ont offerts. » (Thèse de M. Chomel, p. 57.)

M. Chomel avait déjà cité plus haut, page 14, trois faits plus concluants encore. « Le rhumatisme, dit-il, peut-il avoir son siége dans les membranes synoviales? Chez un malade qui succomba à l'hôpital de la Charité, les deux articulations humérales avaient été successivement prises de douleurs vives et de gonflement; chez deux autres malades

observés à l'Hôtel-Dieu, toutes les articulations mobiles devinrent douloureuses et tuméfiées, avec impossibilité d'exécuter les mouvements; on trouva après la mort, chez tous ces malades, les synoviales enflammées et des épanchements purulents dans les cavités articulaires. »

VIIIe OBSERVATION.

« Une jeune femme est prise de péritonite après ses couches, l'affection devient de plus en plus grave; le septième jour, il vient s'y ajouter une douleur rhumatismale intense dans l'épaule droite; enfin, elle succombe. »

Nécropsie. — « La synoviale de l'articulation scapulo-humérale droite était incomplétement détruite, et contenait une once de pus louable; une moindre quantité s'était infiltrée dans le tissu cellulaire voisin de la coulisse bicipitale de l'humérus. La capsule fibreuse était intacte, ainsi que la longue portion du biceps. L'abdomen contenait un peu de sérosité roussâtre, et les circonvolutions des intestins offraient de légères adhérences et quelques traces d'inflammation. » On ne fait mention d'aucune trace de phlébite. (Thèse de M. Moffait, p. 12.)

IXe OBSERVATION.

« Le 11 avril 1828, on ouvrit à l'hôpital de la Charité une jeune femme qui avait été affectée d'un rhumatisme articulaire très-aigu, pendant le cours duquel il survint une pleurésie. (Cette pleurésie se manifesta peut-être en même temps que le rhumatisme, mais celui-ci ayant absorbé, sans doute, toute l'attention des médecins et des assistants, on ne reconnut la pleurésie qu'à l'ouverture du cadavre.) La malade ne passa qu'une quinzaine de jours à l'hôpital. »

Nécropsie. — « L'articulation fémoro-tibiale gauche était rouge, un

peu sèche; les condyles du fémur étaient érodés; il n'y avait point de pus : l'articulation tibio-fémorale droite était pleine d'un véritable pus mêlé de synovie; la congestion sanguine était à peine marquée. (Dans les derniers jours de son existence, la malade avait cessé de souffrir dans cette articulation.) Une des deux articulations radio-carpiennes était rouge comme l'articulation fémoro-tibiale gauche et avait été évidemment enflammée. La portion de la veine crurale la plus voisine de l'articulation, pleine de pus, contenait une matière purulente mêlée d'une sanie rougeâtre. Dans tout le reste de son étendue, elle était oblitérée, ainsi que ses divisions, par du sang concret; en plusieurs points, on reconnut une certaine quantité de pus. Les parois de la veine étaient épaissies, surtout vers le genou; la membrane interne était d'un rouge violet; la concrétion fibrino-purulente se détachait facilement. » (M. Bouillaud, *Recherches sur le rhumatisme*, page 83.)

A la page suivante du même ouvrage, M. Bouillaud cite encore un autre exemple que voici :

Xe OBSERVATION.

« Sur cinq cas de rhumatisme artic. inscrits dans un relevé de notre clinique (du 10 mars au 30 août 1830), il en est un qui fut mortel; voici une courte note sur ce cas : L'individu qui succomba fut atteint, pendant son séjour à l'hôpital, d'un violent érysipèle de l'avant-bras et de la main gauche, avec fièvre ardente et accidents cérébraux. Il mourut le quatrième jour, après l'explosion de cette grave complication. A l'autopsie cadavérique, on trouva plusieurs énormes foyers de pus dans les téguments du bras et de la main, et les veines de ce membre, ainsi que plusieurs autres, étaient enflammées. La plupart des articulations contenaient une synovie trouble, épaisse, offrant en quelques points l'aspect du pus. »

J'ai hésité quelque temps, je l'avoue, avant de consigner ces trois dernières observations, parce qu'en effet il y a plus d'une objection à leur faire; et d'abord, pour ce qui est de la huitième, je sais bien qu'il

n'est pas rare de voir survenir des épanchements purulents dans certaines articulations chez les femmes atteintes de métro-péritonite puerpérale; mais, dans la plupart de ces cas, il est vrai de dire aussi que ces épanchements se font sans douleur aucune, et que souvent on les trouve sur le cadavre, alors qu'on ne les avait pas même soupçonnés pendant la vie. Quant aux deux dernières, les lésions observées dans les veines après la mort font élever, j'en conviens, des doutes plus sérieux encore sur la véritable origine du pus renfermé dans les articulations. Si ces deux observations eussent été plus détaillées, peut-être eût-il été facile d'éclaircir la question. Quoi qu'il en soit, eu égard à l'autorité du nom de l'observateur, qui doit être pour moi une garantie suffisante pour la précision du diagnostic et la juste interprétation des lésions cadavériques, j'ai cru ne pas devoir les retrancher des précédentes.

J'aurais pu rapporter encore plusieurs autres faits cités par différents auteurs, tels que MM. Landré-Beauvais, Teilhard-la-Terrisse, Piorry etc.; j'aurais pu parler en particulier des trois cas que M. Cruveilhier a consignés dans sa XVIIe livraison de son *Anatomie pathologique*, sous le nom de *rhumatisme articulaire puerpéral;* mais je m'en suis abstenu, pensant qu'ils ne seraient pour moi que de faibles auxiliaires dans la thèse que je défends.

Je passe maintenant à l'énumération des faits que j'ai à présenter à l'appui de ma seconde proposition.

XIe OBSERVATION.

Une jeune femme de vingt-sept ans, d'une constitution des plus robustes, entra, le 13 mars 1836, à la clinique de l'Hôtel-Dieu, affectée d'un rhumatisme articulaire intense; ce rhumatisme parcourut toutes les grandes articulations; huit livres de sang furent tirées à la malade, tant par des saignées que des sangsues, et elle n'en succomba pas moins le vingt-neuvième jour de son affection rhumatismale, sous

le double coup d'une endo-péricardite survenue vers le milieu de la maladie.

Nécropsie. — On trouva dans le ventricule gauche du cœur la valvule mitrale envahie dans toute son épaisseur, du côté de l'orifice aortique, par une concrétion pultacée, grisâtre, de 3 à 4 lignes d'épaisseur. Un léger épanchement existait dans la péricarde; il n'y avait pas la plus légère trace d'inflammation dans les articulations affectées pendant la vie. (J'ai recueilli moi-même cette observation dans le service de M. Chomel.)

XIIe OBSERVATION.

« Charles Fortin, mulâtre, de constitution vigoureuse, entra à l'Hôtel-Dieu, le 8 mai 1835, pour un rhumatisme articulaire aigu. L'affection avait débuté le 1er mai par les mains et les pieds, puis elle se généralisa. Le 29, la convalescence commençait à s'établir quand, le lendemain, la mort arriva presque subitement à la suite d'un refroidissement. »

Nécropsie trente-deux heures après la mort. — « Les deux articulations du poignet offrent peut-être un peu plus de synovie qu'à l'ordinaire; les gaînes séreuses des tendons offrent le même caractère. Du reste, aucune altération de la synovie, ni aucune trace d'injection sur aucun des points de la synoviale. » (Villiam Vergne, thèse 1836.)

XIIIe OBSERVATION.

« Virginie Gobelin, âgée de douze ans, née de parents rhumatisants, entra à la Charité le 17 septembre 1834, pour une deuxième attaque de rhumatisme articulaire qui persiste jusqu'au 30 du même mois. Le 20, une douleur vive s'était manifestée vers la région péricordiale et signala une péricardite intense à laquelle succomba la malade, le 7 septembre. »

Nécropsie. — « On trouve les traces d'une belle péricardite, mais rien dans les articulations. La synoviale, dit M. Bouillaud, est sèche et sans rougeur. » (*Traité des mal. du cœur*, IXe observation.)

Je me bornerai à l'exposition de ces trois faits; ils sont les seuls qui m'aient paru de quelque valeur, encore ne sont-ils pas à l'abri de toute objection. J'aurais pu peut-être en recueillir plusieurs autres, si le temps me l'eût permis; mais je n'ai pas cru devoir pousser mes recherches plus loin à ce sujet, car c'est de l'anatomie pathologique que l'on demande de moi. Or, je crois être arrivé, par les observations de ma première série, quelque peu nombreuses qu'elles soient, à établir que le rhumatisme articulaire aigu peut laisser après lui les mêmes lésions inflammatoires qu'on a coutume d'observer dans les grandes séreuses de l'économie, en cas de pleurésie, de péritonite, par exemple.

Le rhumatisme articulaire aigu est donc pour moi une maladie inflammatoire, mais une inflammation spéciale comme le dit Stoll : « Differt autem hæc inflammatio à verâ inflammatione, dolore magìs « diffuso parte affectâ plerùmque magìs tumente acriùs dolente nimus « tamen rubente, rariori et leviori transitu in suppurationem. » Cette terminaison par la suppuration cependant, quoique rare, n'en est pas moins véritable à mon avis; et, si j'avais encore besoin d'un autre genre de preuves, je citerais les exemples de rhumatismes musculaires et viscéraux qui se sont terminés eux-mêmes par suppuration. On en trouve deux cas d'une valeur pour moi incontestable, l'un dans la thèse de M. Valleraud de Lafosse, 1835, n° 278, page 27, l'autre dans le *Journal général de médecine*, tome LX, page 310; car s'il est bien vrai que ces trois sortes de rhumatisme ne sont que des variétés d'une même espèce, ce qui me paraît désormais hors de doute, il ne devra répugner à personne, il me semble, d'admettre pour l'une d'elles le mode de terminaison généralement admis pour les deux autres.

Rapports entre l'anatomie pathologique et la symptomatologie.

En admettant la nature inflammatoire du rhumatisme articulaire aigu, comme je me crois en droit de le faire, tant que l'inflammation ne sera définie que par les expressions de douleur, chaleur, tuméfaction, rougeur, et forcé d'ailleurs de répondre avec mon petit nombre d'observations, il ne me sera pas difficile de saisir quelques rapports entre les symptômes et les lésions anatomiques. Eh ! en effet, à commencer par les accidents locaux, me demandera-t-on raison de l'acuité de la douleur ? Mais qui ne connaît l'intensité de celles de pleurésie, de la méningite, de la péritonite ? qui n'a été témoin, d'un autre côté, des souffrances qu'occasionne dans une articulation la présence du plus petit corps étranger ? Si donc la synoviale se montre si susceptible dans l'état naturel, quelle ne doit pas être son exaltation, quand l'inflammation vient à s'en emparer ? Et l'acuité des douleurs, une fois expliquée, les autres symptômes, tels que la chaleur, la tuméfaction et la chaleur, ne dérivent-ils pas naturellement de ce premier phénomène, en vertu de ce principe si fécond en applications : *Ubi stimulus ibi fluxus ?* Je ferai seulement remarquer qu'ici le travail inflammatoire se passant profondément, il n'est pas étonnant que la rougeur soit ordinairement peu marquée ; souvent même elle manque complétement.

Si maintenant nous passons aux symptômes généraux, et que nous demandions la cause de cette fièvre intense, de cette anxiété inexprimable, qui accompagnent presque toujours les attaques de rhumatisme articulaire, j'aurai encore recours à la violence et à la continuité des douleurs articulaires. Mais ici, cependant, je pourrais donner une explication plus satisfaisante, et invoquer la présence de la péricardite ou de l'endocardite, qui, d'après les observations de M. Bouillaud, accompagnent si fréquemment cette affection. Voici ce que dit ce professeur à ce sujet : « La péricardite existe chez la moitié environ des individus affectés d'un violent rhumatisme articulaire aigu ; sous ce point de vue, la péricardite

n'est, en quelque sorte, qu'un des éléments de la maladie, laquelle, considérée d'une manière plus large et plus exacte qu'on ne l'a fait jusqu'ici, constitue une inflammation de tous les tissus fibro-séreux en général, développée sous une influence spéciale, etc. « L'endocardite, à l'instar de la péricardite, se manifeste sous les mêmes influences que le rhumatisme articulaire aigu, pendant le cours duquel on la voit souvent éclater. Toutefois, bien que cette phlegmasie puisse ainsi se développer d'une manière purement métastatique, suivant l'expression de certains pathologistes, il n'en est pas moins vrai que, le plus souvent (du moins d'après les faits qui nous sont propres) le tissu séro-fibreux interne du cœur se prend en même temps que celui des articulations. » (*Recherches sur le rhumatisme*, pag. 8.)

Je ne me mêlerai pas de discuter sur la question de savoir si réellement ces inflammations du cœur sont ou ne sont pas aussi fréquentes que l'avance le professeur de la Charité ; je me contenterai de faire remarquer qu'il serait bien possible qu'on les eût observées plus souvent à l'hôpital de la Charité qu'à l'Hôtel-Dieu, si j'en juge d'après ce que je vis à l'hôpital des Cliniques. En effet, sur cinq malades affectés de rhumatisme articulaire, j'en trouvai deux ou trois chez lesquels il existait manifestement des symptômes morbides du côté du cœur, tandis que sur vingt-sept cas qui passèrent sous mes yeux dans le service de M. Chomel, durant les années 1836 et 1837, il n'y en eut que sept ou huit qui présentèrent cette coïncidence. Cela tient-il à un simple hasard, ou bien à une plus ou moins grande exactitude dans l'observation ? Je ne sais pas si cette différence dans les résultats tient réellement à des circonstances toutes fortuites, mais ce dont je suis sûr, c'est qu'à l'Hôtel-Dieu, les malades ont été examinés avec beaucoup de soin, et par des personnes capables. Je laisserai donc à ceux qui ont plus d'expérience et d'autorité le soin de résoudre la question.

II.

Déterminer si le cancer des os diffère du cancer des parties molles.

(Chirurgie.)

Dans tout le cours de mes études médicales, il ne me fut donné qu'une seule fois d'observer, sur le cadavre, un cas d'ostéosarcôme ou cancer des os; c'était sur un homme qui vint mourir phthisique à l'Hôtel-Dieu. Ce malheureux portait, depuis plusieurs mois, deux tumeurs un peu douloureuses à la pression, mal circonscrites, dont l'une occupait le col chirurgical de l'humérus droit, et l'autre le bord externe de la crête de l'os des iles; la première avait le volume d'un œuf de poule. A l'autopsie, on trouva que ces deux tumeurs appartenaient exclusivement au tissu osseux; mais la maladie n'était encore qu'à sa première période, c'est-à-dire que le tissu de l'os n'avait pas encore complétement disparu; les lames externes étaient comme fibro-cartilagineuses; mais l'intérieur présentait bien ce tissu lardacé, squirreux, décrit par tous les auteurs, tissu qui devenait de plus en plus ramolli à mesure que l'on s'approchait davantage du centre de la tumeur. Or, je ne trouve ici aucune différence dans le cancer des parties molles, sinon cette consistance fibro-cartilagineuse plus ou moins marquée que l'on observe dans les couches superficielles de l'ostéosarcôme, qui n'est encore qu'à sa première période : voici comment s'explique M. Cruveilhier à ce sujet.

« Les tumeurs cancéreuses des os présentent tantôt le caractère de l'encéphaloïde, tantôt le caractère du tissu squirreux; les tumeurs squirreuses, qui sont beaucoup plus fréquentes que les tumeurs encéphaloïdes, ont identiquement les mêmes caractères que les tumeurs marronées, également squirreuses du foie, avec lesquelles d'ailleurs elles coïncident très-fréquemment. » (*Anatomie pathol.*, XXe livr.)

Boyer avait déjà émis les mêmes idées. « Lorsque la maladie, dit-il, en

parlant de l'ostéosarcôme, a porté des atteintes profondes, le tissu de l'os a disparu entièrement, et se trouve remplacé par une substance homogène, grisâtre ou jaunâtre, lardacée, et assez semblable à celle du blanc d'œuf fortement cuit, et dont la consistance varie depuis celle du cartilage jusqu'à celle d'une bouillie épaisse..... Lorsque l'affection est moins avancée, on rencontre des portions d'os dont la consistance et la texture sont à peu près naturelles, et qui n'ont subi qu'un certain degré de tuméfaction; mais en avançant vers le foyer du mal, l'os est plus altéré et son ramollissement plus complet. »

Je rapporterais encore les paroles de Samuel Cooper, de MM. Richerand, Bayle et Cayol, etc., si ces auteurs ne faisaient pas qu'exprimer la même opinion en des termes différents. Seulement, je ferai remarquer que, dans certains cas d'ostéosarcôme très-volumineux, comme celui que cite M. Richerand dans sa *Nosographie*, on trouve au centre de la tumeur une espèce de détritus sanguin de gelée homogène dans tous ses points, que l'on rencontre beaucoup plus rarement dans le cancer des parties molles.

Si l'ostéosarcôme ne diffère pas, anatomiquement parlant, du cancer des parties molles, il en diffère peut-être un peu dans sa marche, qui, dans la plupart des cas, est beaucoup plus lente, mais qui ne s'en termine pas moins toujours d'une manière funeste.

III.

De l'influence de l'arrangement des dents sur les arcs alvéolaires.

(Anatomie.)

L'effet le plus remarquable et le plus communément observé est celui qui s'opère sur la courbe alvéolaire de la mâchoire inférieure, lors de l'éruption des dents de la seconde dentition, et duquel résulte

pour le menton l'aspect vulgairement désigné sous le nom de *menton de galoche*. Pour se rendre compte de cette difformité, il n'est besoin que de se rappeler que cette deuxième dentition commence à se faire par l'éruption des premières grosses molaires et des incisives centrales. Si donc, après l'éruption de ces premières dents, il ne reste plus entre les incisives et les molaires assez de place pour loger les dents qui paraissent après elles et qui sont : les petites molaires, les canines et les incisives latérales, et que, d'une autre part, les parois des alvéoles soient assez résistantes pour ne permettre à ces dernières de dévier ni en dehors, ni en dedans, il devra nécessairement s'opérer un allongement d'arrière en avant sur le bord alvéolaire, de telle sorte que les incisives de la mâchoire inférieure dépasseront en avant celles de la mâchoire supérieure; disposition tout à fait opposée à celle qui existe ordinairement.

IV.

Comment reconnaître que le phosphate de soude contient du sulfate de soude?

(Sciences accessoires.)

Pour reconnaître si un sel donné pour du phosphate de soude ne contient pas du sulfate de soude, on s'assurera d'abord, si l'on veut, que ce sel solide ou liquide n'appartient véritablement qu'à la classe des sels de soude, et cela, à l'aide des caractères qui lui sont propres; puis, si l'on a affaire au sel solide, on essayera de bien reconnaître la forme des cristaux : ceux du phosphate de soude sont rhomboïdaux oblongs, ou en prismes rhomboïdaux, ou en petites lames brillantes et nacrées, tandis que les cristaux du sulfate de soude ont la forme de prismes à six pans cannelés, terminés par un sommet dièdre. Si cet examen ne

suffisait pas, on ferait dissoudre le sel, et on le traiterait par l'hydrochlorate de baryte; et s'il s'y trouvait la moindre quantité de sulfate de soude, il se formerait de suite un précipité blanc, abondant, insoluble dans l'eau, insoluble dans l'acide nitrique pur. On aura, d'ailleurs, un dernier caractère qui souvent suffit à un palais bien exercé; je veux parler de la saveur, qui est amère pour le sulfate, et seulement saline pour le phosphate.

HIPPOCRATIS SENTENTIÆ QUÆDAM.

I.

Cùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. (SECT. I, aph. 8.)

II.

Tenuis et sæviori normæ adstrictus victus, et in longis morbis semper periculosus. (SECT. I, aph. 4.)

III.

Quæ longo tempore extenuantur corpora, lentè reficere oportet : quæ verò brevì, celeriter. (SECT. II, aph. 7.)

IV.

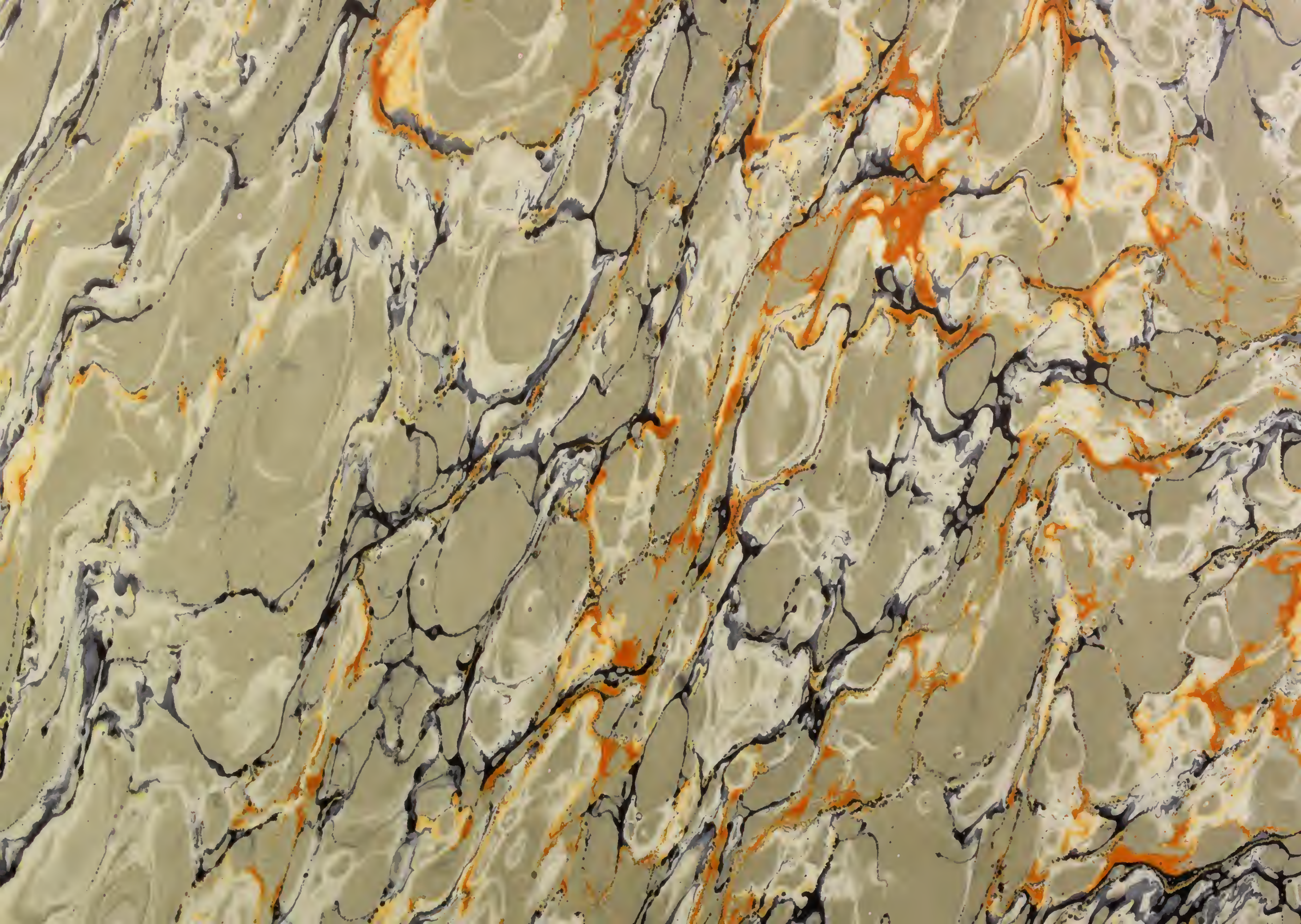
Paulo deterior et potus et cibus, jucundior autem, eligendus potiùs quàm meliores quidem, sed ingratiores. (SECT. II, aph. 37.)

V.

Qui sanguinem spumosum exspuunt, his ex pulmone talis rejectio fit. (SECT. V, aph. 13.)

VI.

Frigidum inimicum ossibus, dentibus, nervis, cerebro, spinali medullæ : calidum verò utile. (SECT. V, aph. 18.)

VII.

Si mulieri in utero gerenti purgationes prodeant, fœtum sanum esse impossibile. (SECT. V, aph. 60.)